

Sol·licitud d'ajuda social

Núm. sinistre

Núm. expedient

1. Dades del treballador/a

Cognom primer		Cognom segon		Nom		DNI	
Edat	Telèfon		Adreça, codi postal, població i província				

2. Situació del treballador/a

<input type="checkbox"/> Baixa mèdica	<input type="checkbox"/> Alta, curat	<input type="checkbox"/> Pendent de resolució	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Atur	<input type="checkbox"/> Contracte acabat	<input type="checkbox"/> Treballa		
Data accident treball o malaltia professional i recaigudes		Dates altes mèdiques		Professió		Tipus de contracte laboral, si trebal·leu		
Contingència		Incapacitat reconeguda o previsible			Ingressos bruts mensuals			
<input type="checkbox"/> Accident de treball	<input type="checkbox"/> Malaltia professional				IT : pensió : salari : atur : altres : Total ingressos: _____			
Seqüeles o lesions:								
Despeses mensuals de la unitat familiar								
Hipoteca		Préstec personal		Vehicle		Entitat 1		
Lloguer		Préstec personal		Pensió alimentària		Entitat financera		
Heu cobrat o cobrareu cap més indemnització de l'accident?								
<input type="checkbox"/> Per conveni	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Per tenir la nòmina domiciliada	<input type="checkbox"/> Circulació	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Data		
							Import	
							(Si encara no l'heu cobrat, indiqueu l'import i la data aproximada)	
Nivell d'estudis o de preparació								
<input type="checkbox"/> No sap llegir-escriure	<input type="checkbox"/> Sap llegir-escriure	<input type="checkbox"/> Estudis primaris						
<input type="checkbox"/> Estudis mitjans	<input type="checkbox"/> Formació professional	<input type="checkbox"/> Estudis superiors						

3. Referència de l'empresa

Raó social		CCC	
Adreça, codi postal, població i província			

El concepte de prestació social té la consideració de retribució del treball, bé dinerària o en espècies, a efectes de l'impost de la renda de les persones físiques. La Mútua informarà del pagament de la prestació a l'Agència Tributària.

D'acord amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal, Asepeyo MATMPSS núm. 151, amb CIF G-08215824, us informa que les vostres dades de caràcter personal seran incorporades en un fitxer degudament inscrit a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, l'única finalitat del qual és la gestió de la prestació objecte de la present sol·licitud. Les dades facilitades no seran comunicades a cap tercer. Us fem avinent que podeu exercir els vostres drets d'accés, de modificació, cancel·lació i/o oposició mitjançant l'adreça electrònica asepeyo@asepeyo.cat, contactant amb el nostre Servei d'Atenció a l'Usuari (902 151 002), escrivint a Asepeyo, Via Augusta núm. 36, 08006 • Barcelona i/o presentant-vos en un dels nostres centres assistencials.

4. Persones integrants convivint en la unitat familiar (sense incloure el treballador/a)

Cognoms i nom	Edat	Parentiu amb l'accidentat/ada	Activitat actual	Ingressos bruts mensuals	Cost dels estudis

5. Ajuda que sol·liciteu

Import	
Motiu i destinació de l'ajuda	

La persona sol·licitant es compromet a aportar els rebuts o els justificants de la destinació de l'ajuda o, en cas contrari, a retornar la quantitat percebuda.

Firma de la persona sol·licitant: _____, de _____ de _____

Espai reservat a la Mútua

--

Imprescindible, adjunteu fotocòpia de:

- * Última declaració de renda
- * Document nacional d'identitat de la persona sol·licitant
- * Justificant de les lesions o de les seqüeles: informe mèdic actual, resolució o sentència
- * Justificant dels ingressos econòmics de totes les persones integrants en la unitat familiar: nòmina, rebut d'IT, revaloració de l'INSS sobre la pensió, certificat de l'INEM, etc., segons cada cas particular
- * Pressupost o factures del cost sol·licitat
- * El que cregueu adient per demostrar la sol·licitud

Només cal emplenar aquest full quan l'accidentat no és el beneficiari que ha de rebre l'ajuda

6. Dades personals del beneficiari/ària

Cognom primer		Cognom segon	Nom	DNI
Edat	Telèfon	Adreça, codi postal, població i província		

7. Dades de la situació del beneficiari/ària

<input type="checkbox"/> treballa	<input type="checkbox"/> pensionista	<input type="checkbox"/> feina de casa	<input type="checkbox"/> aturat	<input type="checkbox"/> baixa mèdica	<input type="checkbox"/> altres
Parentiu amb l'accidentat/ada		Professió		Tipus de contracte laboral	
En cas d'estar incapacitat, indiqueu-ne el grau, la contingència i les seqüeles				Ingressos bruts mensuals	
				pensió : _____	
				salari : _____	
				atur : _____	
				altres : _____	
				Total ingressos: _____	
Despeses mensuals de la unitat familiar					
Hipoteca	<input type="text"/>	Prèstec personal	<input type="text"/>	Vehicle Pensió alimentària	<input type="text"/>
Lloguer	<input type="text"/>	Prèstec personal	<input type="text"/>	Entitat financera	<input type="text"/>
Heu cobrat o cobrareu cap més indemnització de l'accident?					
<input type="checkbox"/> Per conveni	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Per tenir la nòmina domiciliada	<input type="checkbox"/> Circulació	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
				Data	<input type="text"/>
				Import	<input type="text"/>
(Si encara no l'heu cobrat, indiqueu l'import i la data aproximada)					
Nivell d'estudis o de preparació					
<input type="checkbox"/> No sap llegir-escriure	<input type="checkbox"/> Sap llegir-escriure	<input type="checkbox"/> Formació professional	<input type="checkbox"/> Estudis primaris		
<input type="checkbox"/> Estudis mitjans			<input type="checkbox"/> Estudis superiors		

8. Altres dades d'interès

--